

S.F.D.R.C.I.S.D. HEALTH SERVICES
INFORMACION DE SALUD/CONTACTOS DE EMERGENCIA

ESTUDIANTE _____ NACIMIENTO _____ MAESTRA(O) _____

APRECIABLES PADRES:

LOS MIEMBROS DE LA ESCUELA DE SU NIÑO/NINA ESTAN DEDICADOS A DAR EL MEJOR CUIDADO POSIBLE A SU NIÑO/NINA MIENTRAS QUE ESTE EN LA ESCUELA. EN LLENANDO LA INFORMACION QUE SIGE NOS AYUDARA ATENDER EN EL CUIDADO DE SU NIÑO/NINA EN CASO DE ENFERMEDAD O EMERGENCIA DURANTE LAS HORAS DE LA ESCUELA.

COMO NOS COMUNICAMOS CON USTED DURANTE LAS HORAS DE LA ESCUELA?

PADRE: _____ EMPLEO: _____ TELE: _____

MADRE: _____ EMPLEO: _____ TELE: _____

DOMICILIO: _____ TELE: _____

SI NO SE ENCUENTRA USTED, QUE OTRA PERSONA PUEDE RESPONSABILISARSE DE SU NIÑO/NINA?

NOMBRE: _____ RELACION: _____ TELE: _____

NOMBRE: _____ RELACION: _____ TELE: _____

NOMBRE: _____ RELACION: _____ TELE: _____

POR FAVOR COMPLETE LA PROXIMA HISTORIA MEDICA

TIENE O HA TENIDO SU NIÑO/NINA UNA DE LAS CONDICIONES EN LISTA?

CONDICION	AÑO	CONDICION	AÑO	CONDICION	AÑO
PROBLEMAS DEL CORAZON		PROBLEMA DEL HIGADO		ALERGIA SEVERA QUE REQUIERE DE UNA PLUMA DE EPI PEN	
ASMA		PROBLEMAS DEL OIDO		OTROS PROBLEMAS MEDICOS NO LISTADOS	
ARTRITIS		DIABETIS			
PROBLEMAS DEL ORIN/RINONES		CONVULSIONES			

SI USTED MARCO UNA CONIDICION MEDICA ARRIBA POR FAVOR VISITE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

MEDICO/PROVEEDOR DE SALUD DE SU NIÑO/A: _____ TELE: _____

POR FAVOR APUNTE LAS MEDICINAS QUE SU NIÑO/NINA TOMA EN CASA DIARIAMENTE O CUANDO SEA NECESARIO:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

SI SU NIÑO TIENE RESTRICCIONES O ALGUNA LIMITACION DE SALUD POR FAVOR VISITE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA Y PROPORCIONE DOCUMENTACION MEDICA RECIENTE.

 LA INFORMACION ANTERIOR SE CONSIDERA CONFIDENCIAL Y SE GUARDA EN LOS ARCHIVOS DE SALUD DE SU NIÑO EN LA OFICINA DE LA ENFERMERA. EL PERSONAL DE LA ESCUELA SERA INFORMADO **SOLAMENTE SI ES INDICADO** POR EL BIEN DE SU NIÑO/ NINA. EN CASO DE CAMBIOS EN ESTA INFORMACION DURANTE EL AÑO ESCOLAR, COMUNIQUESE CON LA ENFERMERA. INFORMACION AL CORRIENTE ES MUY IMPORTANTE PARA DAR LA MEJOR ATENCION A SU NIÑO/NINA.

SI EL PERSONAL DE LA ESCUELA NO PUEDEN ENCONTRARME O LAS PERSONAS APUNTADAS EN CASO DE EMERGENCIA, EL PERSONAL DE LA ESCUELA ESTA AUTORIZADA DE TOMAR PASOS NECESARIOS PARA LA SALUD DE MI NIÑO/NINA. NO PONDRÉ RESPONSABLE A EL DISTRITO ESCOLAR O SU PERSONAL POR EL CUIDADO O TRANSPORTE DE EMERGENCIA PARA MI NIÑO/NINA.

FIRMA: PADRE/GUARDIA LEGAL

FAVOR IMPRENTA SU NOMBRE

FECHA

TELE.